

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N^o

362

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1895, à 1 heure

Par LOUIS-PAUL MEIGNANT

Né à Champtocé (Maine-et-Loire), le 5 février 1867

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers et de la maison nationale de Charenton

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

PÉRICYSTITES SUPPURÉES

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. | CORNIL, professeur.
| HUMBERT, NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

362

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1895, à 1 heure

Par LOUIS-PAUL MEIGNANT

Né à Champtocé (Maine-et-Loire), le 5 février 1867

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers et de la maison nationale de Charenton

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PÉRICYSTITES SUPPURÉES

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges MM. | CORNIL, professeur.
| HUMBERT, NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM:
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNETHIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nous ne voulons oublier aucun de nos excellents maîtres de l'école d'Angers, et nous tenons à remercier de leur bienveillance et de leur fécond enseignement pendant notre internat, MM. Legludic, Dézanneau, Gillé, Guignard, Douer, Bahuaud, Pétrucci. Nous saluons respectueusement la mémoire de MM. Farge et Lieutand.

Que MM. Monprofit et Thibault, dont l'accueil fut toujours pour nous si particulièrement sympathique, acceptent l'expression de notre gratitude.

Nous prions M. le professeur Guyon de vouloir bien agréer nos plus respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

A tous ceux qui, jusqu'à ce jour, ont bien voulu nous aider de leur généreuse sympathie, de leurs sages conseils ou de leur bonne amitié, nous dédions ce modeste travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0029

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PÉRICYSTITES SUPPURÉES

INTRODUCTION

Nous n'abordons point ici la monographie d'une affection ignorée; l'étude des péricystites a été esquissée déjà. Notre travail se borne à résumer dans une vue d'ensemble, et à préciser par de nouvelles observations, le chapitre spécial des péricystites suppurées d'origine urinaire. Les recherches récentes sur l'anatomie de la cavité de Retzius et sur la bactériologie des voies urinaires nous ont permis de mieux comprendre la pathogénie de ces lésions. Symptômes, évolution, pronostic, diagnostic, tout le tableau clinique, en un mot, ressortira nettement, nous l'espérons, de nos observations comparées à celles antérieurement

publiées sur le même sujet. Les indications du traitement s'imposeront ensuite d'elles-mêmes.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici à M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux, tous nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les observations inédites que nous citons plus loin et qui mettent si nettement en relief l'affection qui nous occupe.

Avant d'étudier les suppurations de la cavité de Retzius, il convient de jeter un coup d'œil sur l'anatomie de la région. Certes, nous n'examinerons pas les rapports de la vessie dans leur ensemble. Il nous suffira de réunir ici les notions nouvelles que nous ont données sur la cavité prévésicale plusieurs travaux récents.

L'espace anatomique qui nous occupe fut bien étudié la première fois par Retzius. Hyrtl, traduisant l'ouvrage de l'auteur suédois, s'écrie qu'après la découverte de Retzius toute autre recherche sur cette région serait un « *Ilias post homerum.* »

En France, il est classique de décrire sous le nom de schéma de Retzius ce que C. Paul nous donna comme tel dans sa traduction de 1862. Voici en quoi il consiste :

La paroi antérieure de la cavité est formée par la face postérieure des muscles grands droits.

En arrière, se trouve le péritoine doublé du *fascia transversalis* qui se réfléchit avec la séreuse sur la face postérieure de l'organe pour aller se confondre avec le fascia pelvien.

En bas, existent les ligaments pubo-vésicaux.

En haut, les replis semi-lunaires de Douglas, bord inférieur, cintré de la gaine postérieure des grands droits.

Sur les côtés, les arcades de Douglas se continueraient

jusqu'aux pubis et à leur niveau les adhérences du péritoine et du *fascia transversalis* avec le bord externe des droits ferme la région.

Dans ce schéma qui longtemps nous fut donné comme exact, s'était glissé une erreur de traduction. Retzius avait décrit un feuillet aponévrotique de plus, celui qui accompagne la face postérieure des droits, celui que Pauzat appelle le feuillet symphysien. Ce feuillet fut omis par C. Paul parce que cet auteur ignorait la signification attachée par Retzius au mot *fascia transversa*. Retzius entend uniquement par ce mot le *fascia propria* de Velpeau, et c'est ce qui résulte clairement des lectures des auteurs allemands, Leusser entre autres.

Quoiqu'il en soit, dans le schéma, dit de Retzius, nous avons une cavité non pas prévésicale, comme on s'est plu à le dire, mais un espace prépéritonéal, péri-vésical, entourant complètement la vessie et destiné à la loger lorsqu'elle se dilate.

Wenzel Gruber (1), Cruveilhier (2), Follin et Duplay (3), acceptent la conception de Retzius.

Castaneda y Campos ne la modifie guère dans sa thèse, et d'ailleurs l'auteur avoue lui-même qu'« une seule chose lui importe, c'est qu'il soit bien entendu qu'il existe en avant de la vessie, dans la portion dépourvue de péritoine, une cavité virtuelle qui peut devenir réelle comme les cavités pleurale ou péritonéale, sous l'influence d'états pathologiques divers.

1. Wenzel Gruber. *Virchow's Archiv.*, Bd XXIV, § 182.

2. Cruveilhier. *Anat. descriptive*, p. 333.

3. Follin et Duplay. *Pathologie externe*, 1878, p. 761.

En 1879, Gérardin (1) décrit pour la première fois, en plus du *fascia transversalis* qui accompagne les muscles droits, un feuillet « fibro-cellulaire dense, au-devant de la vessie, se continuant latéralement et faisant suite au *fascia pelvia*. » C'est la première fois qu'on trouve noté ce feuillet prévésical. Depuis, il a été décrit par tous les auteurs.

Dans sa thèse de 1880, Bouilly arrive à peu près aux mêmes conclusions que Gérardin. En arrière des muscles droits, une couche cellulaire mince « se continuant à droite et à gauche avec le *fascia transversalis* proprement dit dont elle n'est que la partie médiane très affaiblie. » En outre il décrit deux feuillets dépendant du *fascia propria* qui confondus jusqu'aux arcades de Douglas se divisent en arrivant à la vessie, et passent l'un en avant, l'autre en arrière du réservoir. « C'est entre ces deux feuillets que la vessie exécute ses mouvements d'ascension et de descente comme dans une espèce de bourse séreuse. Ce tissu se prolonge en haut en accompagnant les artères ombilicales et l'ouraque jusqu'à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale. » Extérieurement on peut délimiter approximativement la cavité de Retzius de la façon suivante : *en haut* par une ligne horizontale passant à 8 ou 9 centimètres au-dessous de l'ombilic, *latéralement* par deux lignes verticales suivant le bord externe des grands droits.

En somme dans sa description Bouilly montre bien que c'est le *fascia transversalis* qui reste toujours der-

1. Gérardin. Th. Paris, 1879.

rière les muscles droits et qu'en plus le tissu cellulaire sous-péritonéal se dédouble pour englober la vessie. En outre pour cet auteur les arcades de Douglas ne se prolongeraient pas jusqu'aux pubis et sur les côtés la cavité de Retzius communiquerait librement avec le tissu cellulaire des régions iliaques.

Pauzat (1) arrive à une conception qui est à peu près généralement admise aujourd'hui. D'abord pour cet auteur « le *fascia transversalis* de Cooper, Velpeau, ou feuillet symphysien de Retzius, doit être considéré comme une barrière suffisante pour qu'on ait à distinguer en avant de la vessie deux espaces, l'un sous-musculaire, l'autre prévésical vrai » (p. 450).

De plus Pauzat décrit un autre feuillet que contrairement à Retzius il fait passer en avant de la vessie. Ce feuillet s'étendrait des arcades de Douglas au plancher pelvien. Leusser (2) donne une description identique à celle de Pauzat, et en 1888, M. Charpy (3) arrive à des conclusions très voisines de celles des deux auteurs précédents, dont il oublie d'ailleurs de donner les schémas. Le mérite de M. Charpy consiste à avoir très bien décrit le feuillet prévésical. Il a vu que ce feuillet s'étend de l'aponévrose périnéale supérieure à l'ombilic, et il l'a également suivie en bas et en arrière : « Le feuillet prévésical est donc un rideau triangulaire appliqué contre la gaine postérieure du droit et au contraire de celle-ci,

1. Pauzat. *Gaz. médicale*, 28 août 1880, n. 35, p. 449.

2. Leusser. *Archiv f. Klinisch. Chirurg.*, t. XXXII, p. 851.

3. Charpy. *Revue de chirurgie*, p. 119, p. 191, 1888.

très mince en haut, plus résistant en bas au devant de la vessie. La pointe tronquée, élargie, se fixe à l'ombilic où elle est continuée par le fascia de la veine ombilicale. La base curviligne comme le contour du bassin repose sur l'aponévrose périnéale supérieure et s'y soude presque partout. Sur les côtés, ce feuillet dépassant à peine les artères ombilicales, finit en s'accolant au péritoine; puis suivant la courbe de ces artères, il descend jusqu'à leurs gros vaisseaux d'origine, est arrêté par l'obturatrice et l'hypogastrique, se replie en avant et vient se souder à l'aponévrose de l'obturateur interne.

En 1891, dans son *Traité des suppurations pelviennes*, M. Pierre Delbet (1) décrit à nouveau le feuillet pré-vésical qu'il appelle, avec le Pr Farabeuf, l'aponévrose ombilico-vésicale: il en montre bien les attaches supérieures et inférieures; il délimite et sépare parfaitement les cavités prévésicale et périvésicale.

En 1893, Drapier (2) revient un peu à la conception de Bouilly et dans sa thèse si savante de 1895 M. Paul Delbet admet aussi un feuillet celluleux rétrovésical tout en lui attribuant d'ailleurs une signification anatomique très particulière.

Nous ne saurions en ce moment insister davantage sur les travaux de ces derniers auteurs sans nous exposer à des redites. C'est, en effet, en les résumant, que nous allons nous efforcer maintenant de donner une idée exacte de la cavité de Retzius.

1. Pierre Delbet. *Suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.

2. Drapier. *Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale*. Th. de Paris, 1893.

Et tout d'abord de l'historique précédent il résulte qu'actuellement deux feuillets sont universellement admis : L'un situé en arrière des muscles droits, le feuillet symphysien qui limite avec les muscles et la symphyse, la cavité suprapubienne ; l'autre aponévrose ombilico-vésicale qui limite avec le précédent la cavité prévésicale. En arrière de cette aponévrose de Charpy-Farabeuf existe une sorte de loge en avant du péritoine, loge où se place la vessie. En somme, nous avons à étudier deux feuillets aponévrotiques et trois espaces cellulux d'importance très variable.

*Feuillet symphysien. — Cavité suprapubienne,
ou rétro-musculaire.*

Lorsque, après avoir disséqué le muscle droit, on le coupe transversalement de façon à pouvoir facilement récliner ces deux parties, on met à nu un plan aponévrotique continu qui s'étend de l'ombilic au bord supérieur de la symphyse. Ce feuillet *en haut*, est très fort, très épais, très résistant. A ce niveau il ne nous intéresse pas. *En bas*, au contraire, de la région vésicale, il est beaucoup plus faible. Entre les deux portions se trouvent les arcades de Douglas qui d'après M. Pierre Delbet n'ont pas l'importance qu'on leur a attribué. Elles ne sont en effet constantes ni dans leur forme, ni dans leur siège, ni dans leur existence. Quoiqu'il en soit, si on suit avec l'ongle la face antérieure de la partie inférieure de la gaine des droits, l'ongle accroche les arcades. « En déprimant à petits coups le feuillet

aponévrotique qui à ce moment répond à la face dorsale de l'ongle, on le sépare de la face postérieure de l'arcade de Douglas. » Paul Delbet.

Quelles sont les connexions de ce feuillet et comment se termine-t-il en haut et en bas?

En haut, au niveau des arcades il se continue avec le *fascia transversalis* cellulaire, comme l'établit Paul Delbet. *En bas* il se juxtapose à la face postérieure et aux bords du ligament sus-pubien, puis il se termine pour Pierre Delbet et Charpy à la lèvre postérieure du bord supérieur du pubis. Pour Paul Delbet, il descendrait souvent presque sur la face postérieure des pubis.

Latéralement le feuillet postérieur de la gaine des droits vient passer sur les bandelettes fibreuses, les piliers, qui descendent de l'extrémité externe des arcades de Douglas jusqu'au pubis. Il y a adhérence légère entre le feuillet symphysien et les piliers de Douglas.

Sur la ligne médiane ce feuillet adhère à la ligne blanche comme il adhérerait aux arcades. A ce niveau la ligne blanche présente l'aspect d'un mur antéro-postérieur et non pas d'une simple lame transversale. Une partie du plan aponévrotique dépasse en arrière les muscles droits et c'est cette portion que les auteurs allemands appellent l'*adminiculum lineæ albæ*; c'est ce que Breschet a décrit sous le nom de ligament sus-pubien.

Le feuillet symphysien adhère à la face postérieure et aux bords du ligament sus-pubien. Ainsi nous voyons qu'il existe une gaine spéciale pour chaque droit; gaine dont nous venons de décrire le feuillet postérieur. Mais tandis que le muscle droit s'insère à la lèvre antérieure

des pubis, le feuillet symphysien s'attache à la lèvre postérieure, et les deux plans limitent ainsi entre eux un espace dont la coupe verticale antéro-postérieure a l'aspect d'une fente triangulaire à sommet supérieur répondant aux arcades de Douglas, à base inférieure reposant sur le bord supérieur du pubis : c'est le *cavum suprapubicum* de Leusser, la fosse rétro-musculaire de Pausat et Charpy. Sur une coupe horizontale transverse la loge sus-pubienne a également la forme d'un triangle à base interne, à sommet externe.

MM. Charpy et Pierre Delbet décrivent une cloison médiane complète entre les deux loges des droits. Paul Delbet, tout en faisant remarquer qu'au point de vue anatomique il y a adhérence entre la ligne blanche et le feuillet symphysien, que par suite il y a deux cavités suprapubiennes, ne croit pas que le pus ou les collections quelconques respectent la cloison médiane.

C'est que les adhérences qu'il signale sont extrêmement lâches, faciles à séparer avec le doigt, donc plus faciles encore à détruire par les migrations purulentes. De cette façon nous pouvons comprendre le siège des phlegmons rétro-musculaires. Comme Charpy le soutient leur siège est ordinairement médian et Labrize et Leusser en ont publié chacun une belle observation.

Aponévrose ombilico-vésicale. Cavité prévésicale.

Si nous continuons la dissection, après avoir écarté le feuillet symphysien, nous tombons sur le tissu cellulo-adipeux de la cavité prévésicale. La vessie étant distendue et

présentant une forme de dôme, nous pouvons voir que sa partie supérieure est mal limitée, a des contours vagues, diffus. Au contraire, dans la zone inférieure, et le professeur Guyon insiste beaucoup sur ce point, l'aspect est brillant, poli. Tant qu'on n'a pas rencontré cet aspect, on peut être sûr qu'on n'est pas encore arrivé à la vessie. Cette différence tient à ce que la zone supérieure est recouverte de péritoine, tandis que l'inférieure en est dépourvue, et n'est recouverte que par un feuillet celluleux qui lui forme aponévrose et lui communique son aspect brillant. Ce feuillet que nous allons décrire constitue l'aponévrose ombilico-vésicale de Farabeuf. Pour la préparer nous suivrons le conseil de Paul Delbet : Dénudons avec une sonde cannelée un point de l'artère ombilicale oblitérée, puis glissons la sonde sous l'artère et ramenons-la vers la ligne médiane, en décollant à petits coups ; nous soulevons ainsi un feuillet celluleux mince qui n'est autre que notre aponévrose. La description classique désormais est celle qu'en donne, après Charpy, M. Pierre Delbet.

Le feuillet ombilico-vésical présente une forme assez régulièrement triangulaire, s'insère en haut à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale. Tendu en avant de l'ouraque et des artères ombilicales, il adhère solidement au péritoine en dehors de ces artères. « Si l'on veut, les artères ombilicales ou les cordons fibreux qui les représentent sont compris dans l'angle dièdre formé par l'union du péritoine et du feuillet en question ». Ce feuillet toujours tendu par l'ouraque qui est en arrière de lui, arrive au sommet de la vessie. Là, s'élargissant brusquement et se repliant sur lui-même, de façon à former une gouttière

à concavité postérieure, il embrasse la face antérieure et les faces latérales de la vessie et descend ainsi le long de ces faces jusqu'au plancher pelvien où il se termine de la façon suivante : Sur la ligne médiane il s'insère sur la face supérieure des ligaments pubo-vésicaux et quelques auteurs ont même pu le voir se réfléchir sur ces ligaments et atteindre les pubis. Sur les parties latérales de la vessie il se confond avec l'aponévrose périnéale supérieure depuis les ligaments pubo-vésicaux jusqu'aux épines sciatiques. Dans cet espace il s'insère en avant sur l'aponévrose du releveur de l'anus. Au niveau des épines sciatiques il s'insère sur l'aponévrose de l'obturateur interne. En somme dans toute son étendue il s'implante sur l'aponévrose pelvienne. Jarjavay et Henle avaient déjà vu les faits quand ils enseignaient que l'aponévrose pelvienne remonte sur les faces latérales de la vessie, mais ils n'avaient pu suivre bien haut ce prolongement et ils ignoraient la façon dont il se termine. Le feuillet ombilico-vésical nous apparaît donc triangulaire, à sommet tronqué ombilical, à base pelvienne, à bords latéraux suivant le trajet des artères ombilicales. Il est incliné de telle façon que sa face antérieure regarde fortement en bas et suit pendant quelque temps un trajet presque parallèle à celui de l'aponévrose pelvienne supérieure tendu transversalement; il complète, comme le dit Paul Delbet, la séparation du bassin en deux loges, l'une antérieure, génitale et vésicale, l'autre postérieure, rectale. Telle est la façon dont est comprise généralement l'aponévrose ombilico-vésicale.

M. Paul Delbet arrive à une conclusion un peu diffé-

rente dans sa thèse. Nous ne suivrons pas cet auteur dans ses discussions intéressantes sur l'aponévrose pelvienne en général et nous résumerons simplement ses conclusions. Pour lui le feuillet cellulo-fibreux n'existerait pas seulement en avant et sur les côtés de la vessie, mais aussi sur le reste de son pourtour. En un mot le globe vésical est enveloppé d'un vrai surtout cellulo-fibreux, sans doute plus fort en avant, mais non dépourvu d'intérêt en arrière.

C'est en effet à cette formation aponévrotique qu'appartiendrait la gaine celluleuse des vésicules séminales.

La continuité du feuillet est très bien connue en avant. Sur les côtés et en arrière M. Paul Delbet l'explique ainsi: Le feuillet réfléchi sur la vessie remonte jusqu'à la rencontre du péritoine et là se dédouble en deux parties, l'une superficielle qui s'attache du péritoine et le fixe ainsi en place, l'autre qui continue son trajet sur la vessie de façon à l'englober complètement. La première partie est intéressante en ce qu'elle nous montre, sur tout le pourtour de la vessie, une disposition analogue à l'aponévrose fixatrice de Denonvilliers.

Ce sac péri-vésical est appelé par Paul Delbet: feuillet allantoidien: il nous paraît lié en effet au développement du bourgeon allantoidien de l'intestin postérieur. Ce bourgeon en se développant vers l'ombilic soulève une lamelle méso-dermique qui chez l'adulte formera les différents feuillets que nous venons de décrire.

Si cette description du feuillet allantoidien peut changer la conception de la cavité périvésicale, elle ne modifie en rien celle de la cavité prévésicale dont nous allons nous occuper très rapidement.

Cet espace prévésical est limité en avant par le feuillet symphysien, en arrière par le feuillet ombilico-vésical. Latéralement, ses limites transversales sont en bas le mésentère de l'artère ombilicale qui unit cette artère à la vessie et au plancher pelvien; en haut ces limites n'existent pas et la cavité communique avec l'espace sous-péritonéal.

« La paroi inférieure est formée par la partie du plancher pelvien qui s'étend du pubis et de la paroi latérale de l'excavation à l'insertion du feuillet allantoïdien. Cette paroi inférieure a la forme d'un croissant dont les cornes tronquées se prolongent jusqu'au niveau de la partie antérieure de la grande échancrure sciatique, jusqu'au canal des vaisseaux hypogastriques. »

En haut, depuis Pautzat, Charpy, Pierre Delbet, on admet que la cavité se prolonge jusqu'à l'ombilic.

Heurtaux de Nantes (1) divise bien la cavité de Retzius en deux compartiments, l'un inférieur, l'autre supérieur sous-ombilical et il décrit même un phlegmon sous-ombilical. Mais l'anatomie n'est pas d'accord ici avec les localisations purulentes, ni d'ailleurs avec les injections à la gélatine, et elle ne nous montre aucune trace de division dans le grand espace de Retzius.

Quelques auteurs ont aussi décrit une cloison antéro-postérieure faisant adhérer la ligne blanche au feuillet ombilico-vésical sur la ligne médiane; d'autres une cloison tendue de champ transversalement entre ce feuillet et

1. Heurtaux. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, 1877.

le bord supérieur des pubis. Mais toutes ces cloisons celluloso-fibreuses, ainsi que les cavités secondaires qu'elles limitent, ne présentent que peu d'intérêt et nous les laisserons de côté.

Dans son ensemble la cavité de Retzius n'a guère que quelques millimètres d'épaisseur en haut; elle peut acquérir plusieurs centimètres en bas, chez les sujets gras; dans tous les cas elle est plus étendue derrière le pubis. Elle contient du tissu cellulaire lâche chez l'enfant, plus ou moins chargé de graisse chez l'adulte. Il y a ordinairement un véritable bouchon adipeux derrière la symphyse. Le tissu cellulaire prévésical facilite la locomotion de la paroi antérieure de la vessie sur la symphyse et sur la paroi abdominale; il joue le rôle d'une séreuse prévésicale et dans quelques cas on trouve une bourse séreuse véritable qui peut parfois devenir le siège d'hygromas, comme en fait foi la très belle observation du professeur Guyon (1).

Telle est la cavité de Retzius, cavité virtuelle normalement, qui peut devenir réelle quand elle est envahie par des épanchements et en particulier par des suppurations qui vont faire le sujet de notre travail.

Espace périvésical. — Avant d'aborder cette étude clinique signalons seulement l'espace qui entoure la vessie. Pour Pierre Delbet et Charpy c'est un espace situé entre l'aponévrose ombilico-vésicale et le péritoine, un espace propéritonéal qui peut dans certains cas devenir le siège d'épanchements et qui assez souvent se laisse infil-

1. Guyon: *Collections liquides prévésicales*, *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1262.

trer d'une graisse abondante. Pour Paul Delbet il n'y a pas d'espace propéritonéal, le péritoine étant intimement uni au feuillet postérieur de l'appareil allantoïdien ; mais entre les deux lames de cet appareil existe une cavité où se loge la vessie, une cavité pèrivésicale en un mot. Elle est encore plus virtuelle que la cavité de Retzius, puisqu'aponévrose allantoïdienne et vessie adhèrent presque partout. Néanmoins c'est dans cet espace, entre le feuillet et le muscle, que rampent les veines pèrivésicales. C'est aussi dans cet espace qu'on a signalé des hématomes qui provenaient de la paroi vésicale.

HISTORIQUE

Le phlegmon de la cavité de Retzius est une affection relativement assez rare qui ne paraît pas avoir attiré l'attention des anciens observateurs ; ce n'est qu'après que Retzius eut décrit l'espace prévésical auquel il a attaché son nom, qu'on chercha à différencier les inflammations dont cet espace est le siège de celles des régions voisines.

Bernutz (*Archives générales de médecine*, 1850), a tracé de main de maître les caractères différentiels entre la péritonite et le phlegmon « *Du fascia propria* » ; c'est ainsi qu'il appelle l'affection qui nous occupe.

De 1850 à 1878 on trouve bien peu de choses sur ce sujet dans la littérature médicale. En 1878 Castaneda y Campos sous l'inspiration de son maître Guyon compose sa thèse inaugurale sur le *Phlegmon prévésical* où il réunit un assez grand nombre d'observations intéressantes, et donne une description assez complète.

En 1880, M. Bouilly reprend la question, distingue les abcès prévésicaux en idiopathiques et secondaires, réunit plus de quarante observations, et ne laisse presque rien à dire sur tout ce qui regarde la symptomatologie, le dia-

gnostic, la marche et la terminaison de cette affection.

Dès lors c'est l'école de Necker qui approfondit de plus en plus la question si intéressante de la pathogénie et de l'étiologie. Nous aurons souvent besoin d'avoir recours à ses travaux dans le cours de notre thèse.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le tissu cellulaire qui siège autour et surtout en avant de la vessie peut devenir le siège d'une inflammation à la suite de toutes les causes banales qui la provoquent dans toutes les autres régions de l'économie. Mais il n'y a là rien de spécial, et il ne rentre pas dans le cadre de ce modeste travail d'étudier les suppurations qui surviennent par ces causes. Aussi ne nous occuperons-nous pas des infections par cause externe : blessures, piqûres, fractures compliquées du pubis, etc. De même pour les suppurations dans le cours de maladies générales, telles que la fièvre typhoïde, la septicémie, l'infection puerpérale, etc.

Nous ne devons pas non plus nous occuper des phlegmons dits idiopathiques, qui d'après les observations réunies dans la thèse d'agrégation de Bouilly seraient cependant les plus fréquents. Il serait peut-être intéressant de chercher à démontrer que ces phlegmons idiopathiques sont dans la majorité des cas d'origine intestinale, et souvent même appendiculaire, selon l'opinion émise par M. Tuffier (*Semaine médicale*, 1894). Mais ceci ne rentre pas dans notre tâche.

Il nous reste à éliminer encore les phlegmons qui chez la femme ne sont qu'une propagation d'une lésion plus profonde développée presque toujours dans les annexes de l'utérus.

Et notre sujet se trouve ainsi limité aux inflammations dont le point de départ se trouve dans les organes urinaires et leurs annexes immédiats, c'est-à-dire l'urèthre, la vessie, la prostate et les vésicules séminales.

Abcès d'origine urinaire.

« Il est certain, dit M. le professeur Guyon (Congrès de Chirurgie, 1892), que pour tous les abcès dont la source est dans les organes génito-urinaires, il faut rechercher les mêmes organismes de l'infection que pour toutes les infections urinaires en général. »

Pasteur a démontré que l'urine normale prise dans le bassinot ou la vessie, puisque l'urèthre renferme toujours quelques micro-organismes, est toujours aseptique, donc incapable de produire par elle-même des accidents infectieux. Mais elle forme un bouillon de culture où se développent facilement de nombreux microbes.

Il ne nous appartient pas de dire par quel processus ces agents microbiens pénètrent dans les voies urinaires ; nous devons nous contenter d'étudier rapidement les urines une fois infectées, puisque c'est là la première étape d'où partiront les micro-organismes pour aller infecter à leur tour le tissu cellulaire.

Les auteurs qui ont étudié les urines pathologiques y

ont découvert près de trente espèces microbiennes dont la première est le *micrococcus cireæ* de Pasteur et Van Tiegemma mais dont la plus importante est certainement la *bactérie pyogène*.

En août 1888, Albarran et Hallé établirent le rôle de la bactérie pyogène dans l'infection urinaire, et signalèrent sa présence à l'état de pureté dans les phlegmons urinaires. Cette bactérie déjà découverte par Bouchard, et étudiée par Clado est habituellement présente dans les urines purulentes et souvent elle y est seule : elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil urinaire et les abcès urinaires.

Cette bactérie présente une longueur de $1\ \mu\ 6$ sur $0\ \mu\ 5$ d'épaisseur, elle est mobile et facile à cultiver. Sur gélatine inoculée par piqûre à 20 degrés, elle donne une légère trainée opaline qui présente des dentelures au troisième jour et des colonies lenticulaires horizontales au sixième ou septième jour. C'est le véritable microorganisme pyogène de l'appareil urinaire.

Les premiers observateurs avaient cru avoir affaire à un microbe spécial, mais les études postérieures ne tardèrent pas à démontrer que la *bactérie pyogène* n'était que le *coli bacille* ayant subi quelques modifications par son passage à travers les voies urinaires.

A côté du *coli bacille* on a trouvé dans les urines septiques le *bacillus liquefaciens septicus* (Krogius, Schnitzler Rebland), mais il est beaucoup plus rare.

Ensuite viennent les microcoques ordinaires de la suppuration : staphylococcus pyogènes aureus, albus, citreus,

micrococcus albicans amplius, diplococcus favus, streptocoque, etc.

Mais en somme les deux microorganismes vraiment importants sont d'abord le *coli bacille* comme nous l'avons dit, et accessoirement le *staphylococcus aureus*. Dans quatre abcès étudiés bactériologiquement par Tuffier et Albarran en 1890, le coli bacille fut trouvé dans tous les cas, trois fois à l'état de pureté, une fois il était associé à quelques microcoques, mais il prédominait. Cependant dans un gros abcès urinaire, Horteloup et Bordas n'ont trouvé que des microcoques.

Si nous n'avons pas parlé du gonocoque, que l'on trouve cependant presque toujours dans les antécédents urinaires, c'est qu'il est aujourd'hui définitivement exclu de la classe des agents directs d'infection urinaire; il ne doit son importance qu'à son rôle tout d'avant garde qui consiste à préparer les voies aux microorganismes déjà énumérés et à leur laisser dès lors le soin de se charger pour leur propre compte des complications si variées de la blennorrhagie.

Quant au bacille de la tuberculose on le trouve quelquefois dans les urines, mais les lésions qu'ils provoquent sont si spéciales que M. le professeur Guyon le relègue dans une classe à part. Cependant il peut lui aussi ouvrir le chemin à des infections secondaires, et nous relatons une observation de M. Guyon (in thèse de Sanchez Toledo), où un abcès aigu périvésical succéda à une prostatite tuberculeuse.

Après ce que nous venons de dire il paraît inutile de se demander si les microorganismes constatés dans les

urines purulentes sont bien les agents de la suppuration qu'ils accompagnent.

Cependant on avait prétendu d'abord qu'ils n'agissaient que par l'intermédiaire de la décomposition ammoniacale de l'urine, mais l'expérimentation a prouvé qu'il n'en est rien et que tous ces microbes sont doués de la propriété de produire du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané.

C'est donc bien sans conteste par ces agents que la suppuration est établie dans la vessie, va-t-elle s'y cantonner : le plus souvent oui, mais elle peut aussi se propager, soit par les voies normales du côté du rein, ce dont nous n'avons pas à nous occuper, soit à travers les parois pour constituer des abcès périvésicaux.

« Si les microbes pathogènes, dit M. le professeur Guyon, traversent les parois des voies urinaires pour se répandre seuls, ou mélangés à l'urine, dans le tissu cellulaire voisin, ils y causent la suppuration, l'abcès urinaire. Dans le pus de ces abcès péri-uréthraux, péri-vésicaux, périnéphrétiques, on retrouve les microbes de l'urine : bactérie pyogène pure, bactérie associée à des microcoques, ou seuls les microcoques pyogènes ordinaires ».

Voilà donc indiqués les agents des suppurations périscystiques; mais si telle est la cause efficiente, il est des causes adjuvantes qui font que la lésion se produit plus ou moins rapidement, en tel point plutôt qu'en tel autre. Ce sont ces causes adjuvantes, lésions antérieures de l'urètre ou de la vessie, de la prostate ou des vésicules séminales, qu'il nous reste maintenant à étudier.

Dans l'urèthre la voie peut être ouverte aux infections microbiennes soit par un traumatisme, soit par une lésion pathologique antérieure. Le traumatisme, c'est dans la plupart des cas, un cathétérisme dans un urèthre infecté déjà, qui produit une éraillure, brèche par où sortiront les agents microbiens. Peut-être pourrait-on invoquer également une injection poussée trop violemment.

Mais dans la plupart des cas la fissure, ou plutôt la porte d'entrée, car il n'est pas besoin d'une véritable fissure pour permettre au microorganisme de passer, ne se produit que grâce à un travail inflammatoire préliminaire. Il est classique d'admettre que c'est surtout derrière les rétrécissements que ce travail inflammatoire se produit ; ce qui donne dans l'étiologie des infections péri uréthrales et périvésicales une importance énorme à la *blennorrhagie*. Au niveau de ce point le canal subit sous l'influence de la pression urinaire une dilatation progressive. Il y a stagnation de l'urine, urine infectée dont les microorganismes provoquent un rapide travail d'inflammation et de sclérose ; la muqueuse perd sa vitalité, ne réagit plus, et se laisse alors facilement envahir et traverser. Rappelons les valvules, les culs-de-sac aux grandes dimensions que l'on rencontre sur la muqueuse uréthrale, et enfin les glandes de Littre qui d'après Sappey et Jarjavay sont plus volumineuses dans la partie membraneuse de l'urèthre en avant de laquelle sont ordinairement les rétrécissements. L'inflammation de ces culs-de-sac et de ces glandes prend une importance de premier ordre, on conçoit combien la folliculite suppurée avec obstruction du canal excréteur de la glande pourra

facilement provoquer un abcès péri-urétral et par extension prévésical.

Mais pour que l'infection se fasse dans le tissu cellulaire prévésical il faut encore certaines conditions dont nous trouvons les raisons dans l'anatomie de la région. Supposons en effet que le point de départ soit dans la région membraneuse au-dessous de l'aponévrose moyenne ce qui est le cas le plus fréquent. L'infection arrêtée en haut par cette aponévrose en bas et en avant par l'aponévrose superficielle se fera dans le tissu cellulaire lâche de la verge et du scrotum. Au contraire quand ce point de départ se fait dans la portion membrano-prostatique l'infection enfermée entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose supérieure s'avance vers la région anale ; mais aussi elle peut s'insinuer entre les faisceaux qui composent les ligaments pubio-vésicaux se glisser vers la nappe celluleuse prévésicale et y constituer un abcès. On voit que les conditions d'infection vers cette voie sont assez difficiles à remplir. Ce qui explique que les phlegmons prévésicaux soient assez rares d'une façon absolue et infiniment plus rares encore si on les compare aux autres abcès péri-uréthraux.

Nous avons attaché on le voit une importance de premier ordre aux rétrécissements de l'urèthre. Citons ici l'opinion de Bazy appuyée sur deux observations. Tout en ne niant pas l'influence du rétrécissement, Bazy ne lui donne qu'une importance secondaire, et il montre de vieux urèthres blennorrhagiques avec abcès urineux sans qu'il y ait rétrécissement véritable. La propagation dépend du degré d'infection de l'urine et du degré

d'infection de l'organisme, non du degré du rétrécissement.

« En un mot, dit Bazy, l'abcès urinaire peut s'observer en l'absence de tout rétrécissement appréciable, et quand il coïncide avec le rétrécissement il n'est nullement en rapport avec le degré de stricture ».

Dans la vessie les choses se passent à peu près de même. La lésion qui favorise le plus l'infection péricystique est la cystite chronique, surtout quand il y a de temps en temps de petites poussées aiguës ou subaiguës. On peut suivre presque pas à pas à travers les parois de la vessie, les progrès de l'infection : la muqueuse est généralement ramollie, à la coupe on constate qu'elle est épaissie et boursouflée ; sa face profonde est facilement décollable et quelquefois de petits abcès se forment sous la muqueuse ou en dehors d'elle entre les faisceaux musculaires : on peut rencontrer ces collections en dehors de la couche musculaire dans les points tapissés par le péritoine, mais dans les autres points ce tissu cellulaire est si lâche qu'ils prennent rapidement une grande extension et constituent alors les abcès périvésicaux. Le volume des petits abcès intrapariétaux varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. L'abcès qui dépasse ce volume devient facilement extra-vésical en s'ouvrant dans le tissu cellulaire rétro-pubien. Chopart disait à ce propos : « Le pus s'amasse rarement dans les tuniques de la vessie au point d'y former un abcès circonscrit, il fuse ordinairement dans le tissu cellulaire voisin, et y produit par sa collection

une tumeur qui peut s'élever et se manifester au-dessus du pubis.

D'autres fois c'est un processus différent ; dans la cystite ulcéreuse il se forme sur les parois de la vessie de petits ulcères qui les creusent peu à peu et finissent par les perforer de part en part, ouvrant ainsi une large voie à l'urine et à tous les produits septiques qu'elle contient, et qui iront suivant le siège de la perforation provoquer une péricystite aiguë ou plus souvent une péritonite suraiguë.

Prostate. — Il est assez rare que les abcès de la prostate puissent donner lieu à des propagations péricystiques, et cela ne doit pas nous étonner si nous nous rappelons les solides aponévroses qui entourent de tous côtés la prostate, et aux épais ligaments pubio-vésicaux qui la séparent en avant de la cavité de Retzius. Ces aponévroses forment dans la plupart des cas une barrière infranchissable au pus. Cependant M. Guyon a cité des observations de cette propagation, et M. Segond (Thèse 1880), sur ses 140 cas d'abcès périprostatiques, cite un fait de propagation périvésicale. Il est vrai de dire que dans les observations citées il s'agissait de véritables phlegmons diffus et que dans un cas notamment le pus avait fusé en même temps jusqu'à la partie supéro-interne de la cuisse.

OBSERVATION I

Phlegmon prévésical avec propagation à la partie supérieure et interne de la cuisse. Guérison (Castaneda y Campos. Thèse, Paris, 1878). Résumée.

A. S..., soigné antérieurement dans le service de M. Guyon pour une prostatite tuberculeuse, y rentre le 30 juillet 1875. Présente en ce moment tumeur dure occupant la région prévésicale, mais non causée par la rétention d'urine. La palpation de la région hypogastrique fait aisément reconnaître cette tuméfaction considérable qui occupe toute l'étendue de la région. La tumeur quoique très nettement dessinée n'offre ni la tension, ni la forme globuleuse, la forme vésicale en un mot des rétentions d'urine. Le toucher rectal fait reconnaître une prostate volumineuse et une masse dure du côté du sacrum et à gauche. Le cathétérisme avec la sonde à bécuille ne dénonce rien dans la vessie. Urine purulente.

Le 31. — L'abcès situé près de l'ombilic s'ouvre : le malade continue à uriner du pus.

Jusqu'au 18 août l'exploration abdominale révèle la diminution progressive de l'induration prévésicale ; ce jour (18) au toucher rectal on reconnaît que la tumeur a diminué d'environ trois quarts.

Le 28. — Frissons dans la nuit ; apparition d'un point phlegmoneux à la partie supérieure et interne de la cuisse : incision le 30 ; le pus est profond, très abondant ; le foyer semble communiquer avec le foyer intra-pelvien.

A partir de ce moment la suppuration très abondante d'abord diminue progressivement. Le 3 octobre on sent toujours un cordon dur entre le pubis et l'ombilic.

Vésicules séminales. — Ce que nous venons de dire pour la prostate nous pourrions le répéter pour les vésicules séminales qui sont bien rarement le point de départ des péricystites. En voici cependant une observation que nous trouvons dans la thèse de Bouilly, intéressante dans sa brièveté au point de vue pathogénique.

OBSERVATION II (in thèse de Bouilly, 1880).

Inflammation aiguë de la vésicule séminale droite qui se propage le long du canal déférent aux tissus circonvoisins aux péritoine et au cordon en masse.

Hernie inguinale consécutive (Reliquet, *Union Médicale*, 1878).

SYMPTOMES

Début brusque et marche rapide ; début insidieux et marche assez lente ; telles sont les deux modalités des abcès périvésicaux, d'origine urinaire, aussi a-t-on pu les distinguer en abcès aigus et abcès chroniques.

Le début avec phénomènes très aigus, si nous en croyons les observations que nous avons pu réunir, est ici beaucoup plus rare que dans les abcès de même siège mais dont l'origine se trouve dans le tube intestinal. Cependant on comprend facilement une telle soudaineté dans les cas d'infection rapide, par exemple quand par une perforation de la vessie, d'origine traumatique ou ulcéreuse, un flot d'urine chargée de produits septiques se précipite dans le tissu cellulaire. On observe dans ce cas tous les symptômes d'une péritonite aiguë, le malade a quelquefois l'impression de quelque chose qui se déchire dans le bas-ventre comme dans l'observation ci-après ; tout l'abdomen est le siège de douleurs aiguës lancinantes, exaspérées par le moindre mouvement, douleurs partant de l'hypogastre où elles peuvent finir par se localiser si on a la chance de voir l'infection se limiter. Tous les phénomènes gastro-intestinaux de la péritonite, hoquet,

vomissements apparaissent rapidement. Du côté de l'appareil urinaire c'est dans ces cas qu'on peut observer assez souvent de la rétention d'urine, phénomène sur lequel avait insisté Castaneda y Campós, mais qu'il avait peut-être attribué trop indistinctement à tous les phlegmons prévésicaux, comme le fait observer Bouilly, qui croit que ce symptôme est l'exception dans les abcès subaigus et chroniques.

La mort peut survenir rapidement si le péritoine est atteint; dans d'autres cas au contraire après ces débuts effrayants tout rentre dans l'ordre et tout se passe alors comme dans la deuxième catégorie de faits. Il en est ainsi dans l'observation suivante :

OBSERVATION III

In thèse de Blot, 1894 (résumée).

Pierre D..., blennorrhagies en 1860, en 1862, en 1871, guéries toutes les trois sans injections.

Entre le 15 décembre 1893 à la Charité dans le service de M. Tillaux pour un volumineux abcès de la fesse gauche qui guérit en trois semaines.

Quelques accidents du côté de l'urèthre, douleurs à la miction, pollakiurie, jet moins fort.

Le cathétérisme montre qu'il y a un rétrécissement laissant à peine passer le n° 8 de la filière Charrière.

Séance de dilatation le 28 décembre, puis tous les trois jours ; le 10 janvier on passe facilement les n° 12 et 13. Alors on fait passage aux cathéters rigides et béniqué.

Le 13 janvier. — Douleur très vive dans l'hypogastre comparée à celle que produirait une déchirure. Hémorrhagie assez abondante et urine sanguinolente pendant 48 heures.

Les douleurs disparaissent et le 23 le malade part pour Vincennes.

Là les douleurs de l'urèthre diminuent et se portent derrière le pubis, la région hypogastrique se tuméfie, devient de plus en plus douloureuse.

Le 21 février. — Il y a du pus dans les urines, le malade pisse de la boue, odeur des urines fétide.

La tumeur hypogastrique augmente, le malade revient le 5 mars à la Charité.

Tumeur sus-pubienne bien localisée à un travers de main au-dessous de l'ombilic ne dépassant pas la ligne médiane latéralement de plus de 5 à 6 centimètres.

Le 9 mai. — Incision sur la ligne blanche, il sort environ 1/2 litre de pus fétide contenant des grumeaux. On laisse la plaie ouverte, plaie fermée le 17 mars, nouvel abcès aussitôt ouvert, guérison.

Le début insidieux paraît être plus fréquent; dans ces cas on a affaire à un malade ayant un passé uréthral déjà ancien; dans les observations de M. Legueu nous trouvons des rétrécissements très serrés et une urine infectée.

On comprend dès lors que les phénomènes du début se perdent au milieu des symptômes de la lésion préexistante. A peine si l'on peut noter des besoins plus fréquents d'uriner que l'on attribue à la cystite; et le premier symptôme qui attire vraiment l'attention de ce côté, c'est une douleur sourde dans la région hypogastrique.

Cette douleur gravative, donnant une sensation de

pesanteur derrière le pubis, est continue, mais elle s'accroît par la marche ou n'importe quelle fatigue supportée par le malade.

En même temps, l'état général s'affaiblit peu à peu, le malade a le teint terreux des urinaires, les fonctions digestives ne se font plus normalement, l'appétit disparaît, il y a souvent de la diarrhée, la cachexie s'installe petit à petit.

On n'observe ordinairement pas de fièvre à cette période; d'après Gérardin, ce n'est que plus tard qu'elle surviendra.

Dans quelques cas même, les choses se passent plus insidieusement encore, et c'est parce que le malade remarque qu'une tumeur lui pousse dans le bas-ventre qu'il entre à l'hôpital.

La deuxième période est celle de la tumeur.

C'est ordinairement du troisième au dixième jour qu'elle est remarquée.

Elle peut être constituée simplement par un empatement diffus assez mal limité qui empiète peu à peu sur toute la région hypogastrique. D'autres fois, c'est une large plaque d'induration, s'élevant au-dessus du pubis et où la fluctuation n'apparaît que très tard et même pas du tout (Obs. V).

Enfin, dans la plupart des cas, c'est une tumeur assez bien délimitée, ronde, à convexité tournée en haut, ressemblant assez bien à une vessie pleine dont il est souvent difficile de la distinguer.

Elle s'élève peu à peu au-dessus du pubis, se rapprochant de l'ombilic où elle arrivera si une intervention ne

vient pas l'arrêter ; elle s'étend de chaque côté de la ligne médiane, quelquefois inégalement, le plus souvent également, symétriquement, de façon à conserver sa forme globulaire parfaite.

Cette tuméfaction est ordinairement appréciable à l'œil, les téguments qui la recouvrent sont normaux, du moins tant que le pus n'a pas perforé les muscles droits, et que l'inflammation ne s'est pas étendue à la peau. Ils peuvent aussi être le siège d'un œdème plus ou moins prononcé, comme dans toutes les suppurations profondes.

Dans tous les cas la percussion donne une matité complète.

La palpation montre que les fosses iliaques sont libres, elle permet d'apprécier les contours de la tumeur qui sont souvent moins réguliers que la vue ne l'indique. En particulier, quand elle dépasse les limites des droits de l'abdomen, il se produit souvent à cet endroit des bosselures caractéristiques qui sont un signe précieux pour le diagnostic différentiel avec la rétention d'urine. La tumeur plonge derrière le pubis, et là on ne peut arriver à la délimiter.

La fluctuation n'est ordinairement pas sensible dès les premiers jours, souvent elle le devient postérieurement, et alors on perçoit de haut en bas ou d'un côté à l'autre, une sensation de fluctuation profonde ; mais souvent aussi la masse reste dure à la main au point de donner tout-à-fait l'illusion d'une tumeur solide, et il serait d'une pratique détestable d'attendre la fluctuation avant de recourir à l'opération.

Le toucher rectal qu'il faut toujours pratiquer montre

que la vessie n'est pas remplie, qu'elle est relativement saine; qu'il n'y a rien dans la plupart des cas du côté de la prostate. A côté de ces renseignements négatifs importants, le doigt trouvera dans quelques cas une induration profonde se prolongeant dans le petit bassin derrière le pubis.—

Le cathétérisme retire de la vessie une urine en rapport avec les lésions préexistantes, mais, fait capital, la tumeur hypogastrique n'est nullement influencée dans sa forme par l'issue du liquide.

Les symptômes fonctionnels pendant ce temps s'accroissent de plus en plus; les mictions deviennent plus fréquentes et plus douloureuses, laissant après elles un besoin permanent d'uriner; il peut y avoir des phénomènes de compression du côté du rectum.

En même temps les phénomènes généraux s'aggravent, la fièvre nulle au début peut à ce moment s'élever à 39° et 40°, comme dans l'une de nos observations, l'état général devient mauvais, la cachexie fait des progrès, la bouche est mauvaise, l'appétit complètement disparu.

TERMINAISON

Deux modes de terminaison sont possibles : la résolution et la suppuration : si nous supprimons le mode de terminaison par induration, c'est que, comme le disait M. Bouilly en 1880, ce mode est bien plus théorique que pratique, et qu'il n'est guère admissible qu'un abcès soit guéri tant qu'on sent un épaissement du tissu cellulaire. Il est probable que dans les cas très rares qui ont été observés, il s'agissait de ces abcès chroniques qui sont l'une des formes de l'affection que nous décrivons, et qui marchent avec une lenteur remarquable. Il faudrait savoir ce que sont devenus ces malades dont l'abcès s'est terminé par induration, et il est bien permis de se montrer un peu sceptique sur leur soi-disant guérison.

La résolution est beaucoup moins rare. Il semble même que dans les cas de phlegmons d'origine extra-urinaire, c'est la terminaison la plus fréquente. C'est l'opinion de plusieurs maîtres. Dans les cas qui nous occupent au contraire cette terminaison est certainement moins fréquente. Elle n'est cependant pas une exception ; il faut admettre alors soit que l'infection s'est produite par une porte d'entrée peu ouverte, une simple érosion par exemple, et que

les micro-organismes n'ont pu pénétrer dans le tissu cellulaire qu'en très petit nombre, soit que ces micro-organismes étaient très peu virulents, soit encore que l'organisme non débilité a réagi vigoureusement et qu'une phagocytose énergique a réussi à prendre le dessus. Dans ces cas il s'est produit une simple induration du tissu cellulaire qui n'a pu arriver jusqu'à la suppuration. Quoiqu'il en soit, ces cas sont intéressants en ce qu'ils légitiment une sage expectation, et permettent d'espérer la guérison avec l'aide de simples moyens médicaux.

Mais pour peu que l'infection se fasse d'une façon rapide et que l'organisme soit déjà débilité, ce qui est trop souvent le cas lorsqu'on a affaire à des urinaires, la suppuration ne tarde pas à se produire. Alors la tumeur sus-pubienne augmente plus ou moins rapidement de volume, le palper abdominal seul, ou associé au toucher rectal, permet de se rendre compte de cet accroissement continu et souvent décèle une fluctuation d'abord profonde, puis de plus en plus superficielle. En même temps, les symptômes généraux deviennent de plus en plus intenses, la fièvre se maintient à 40°, l'état digestif devient de plus en plus mauvais, les phénomènes de péritonisme augmentent d'intensité. Si l'on n'intervient pas à ce moment, le pus tend à se faire jour par quelque point. Le point le plus favorable est encore la paroi abdominale ; alors la peau devient de plus en plus tendue, rougit, s'ulcère et donne issue à une grande quantité d'un pus séreux et fétide.

Mais en quel point l'abcès viendra-t-il faire saillie ; on admettait autrefois que c'était immédiatement au-dessus

de l'arcade pubienne. « On comprend, dit Blot (thèse 1894), l'influence des lignes de Douglas et de Spigel sur le siège de cette tumeur. » Cette idée toute théorique était en rapport avec l'idée qu'on se faisait de la cavité de Retzius et de ses limites; mais depuis que des travaux récents, ceux de Charpy et de Delbet entr'autres, nous ont montré ce qu'avait d'erroné la conception de Retzius ont plutôt tendance à s'ouvrir dans la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, ce qui est plus conforme à la réalité; et, en effet, plusieurs observations démontrent ce mode de terminaison.

Ce mode de terminaison, relativement heureux, laisse subsister pendant quelque temps une fistule suppurante, qui pourra ultérieurement se fermer; et ainsi pourra être obtenue une guérison sur laquelle cependant il serait imprudent de trop compter.

Le pus peut suivre une autre voie et gagner vers le péritoine. Dans ce cas, ou bien l'éruption se fait brusquement, et il y a alors péritonite suraiguë et mort rapide; ou bien si la marche est moins rapide, il se produit d'abord une péritonite adhésive qui accole et les feuillets du péritoine et les différentes parties de l'intestin; il peut y avoir ensuite ulcération de l'intestin, et le pus est évacué par l'anús; il va sans dire qu'après une telle terminaison la situation ne reste pas moins périlleuse. Si cependant l'ouverture s'est faite dans les parties tout-à-fait inférieures du tube digestif, les chances de guérison augmentent. En 1878, Reliquet a cité deux observations de péricystite terminées ainsi par ouverture dans le rectum. Malheu-

reusement, ces observations manquent de netteté et n'entraînent pas suffisamment la conviction.

Enfin, Velpeau cite un cas et on en trouve un autre dans les *Mémoires* de Trécourt où le pus s'était fait jour à travers les parois de la vessie. Cette terminaison est en tous cas excessivement rare.

Citons à ce propos les expériences si intéressantes de Guyon et Reymond, sur les cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893).

De ces expériences, il résulte que chez les animaux, les microbes peuvent traverser les parois de la vessie de dehors en dedans, infecter la muqueuse par sa face profonde en laissant dans leur passage à travers les parois des lésions très diverses suivant les cas.

Ces données expérimentales correspondent à divers faits cliniques que l'on observe dans certaines cystites qui offrent des traces d'inflammation au point de contact avec le foyer infectieux extra-vésical; le même micro-organisme est alors retrouvé dans l'urèthre et dans la vessie, et si l'on traite et guérit celui-là, la guérison de celle-ci ne tarde pas.

DIAGNOSTIC

Ce que nous avons dit des symptômes nous dispensera de nous étendre longuement sur le diagnostic de la péri-cystite antérieure.

Il est facile de voir que ce diagnostic restera en suspens tant qu'on n'aura pas constaté à la région hypogastrique une tumeur se perdant derrière le pubis avec les symptômes ordinaires des collections purulentes abdominales.

Mais les causes d'erreur sont nombreuses, car une tumeur hypogastrique peut être la manifestation de bien des affections.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de toutes les tumeurs du bassin chez la femme puisque nous ne nous occupons que d'un côté de la question et que les péri-cystites d'origine urinaire chez la femme, quoique théoriquement possibles, n'ont pas encore été signalées.

Un homme donc présente au-dessus du pubis une tumeur. A quoi songera-t-on tout d'abord? A une rétention d'urine certainement : pour éviter l'erreur, nous ne saurions mieux faire que nous en rapporter aux conseils de M. le professeur Guyon : « Le globe vésical distendu

est régulier et rénitent; or, les tumeurs phlegmoneuses prévésicales sont peu régulières; elles présentent des bosselures, des irrégularités surtout sur les parties latérales : la vessie distendue n'est jamais bosselée, c'est une circonstance importante pour le diagnostic. Si, d'autre part, on combine le toucher rectal avec le palper abdominal hypogastrique, on constate une véritable liberté du rectum et l'on ne perçoit pas la sensation de poids donnée par la vessie distendue reposant sur le rectum; enfin et surtout la tumeur ne se modifie pas par le cathétérisme. »

Cependant M. Bouilly fait observer que ces signes peuvent ne pas suffire par suite de conditions spéciales du réservoir urinaire; et il donne comme causes d'erreur : une disposition anormale de la vessie; par exemple une vessie bilobée, dont une poche se vide bien par le cathétérisme, mais dont l'autre reste remplie. La présence d'un calcul volumineux pourrait aussi en imposer comme il en cite une observation; enfin un abcès développé dans l'épaisseur des parois pourrait faire croire à un abcès prévésical; cependant dans tous les cas la tumeur est moins directement sous la main, et il semble qu'il doit en être plutôt comme dans les tumeurs vésicales qu'on sent rarement par le palper hypogastrique. La distinction ne sera vraiment plus possible que si par suite d'une inflammation antérieure, la vessie est adhérente à la paroi abdominale.

Dans les cas à début aigu le phlegmon prévésical peut quelquefois en imposer pour une péritonite; cependant les phénomènes généraux sont ici moins graves, le faciès

moins tiré, les vomissements cèdent plus facilement aux tentatives de médication, les douleurs sont moins généralisées, et surtout elles partent de la région hypogastrique pour envahir ensuite tout l'abdomen. Mais il ne s'agit là que d'une question de degrés dont l'appréciation est plus facile en théorie qu'en pratique.

La notion de lésions antérieures du côté du système urinaire acquiert ici une grande importance. Malgré tout le diagnostic sera souvent impossible tant qu'on n'aura pas découvert la tumeur hypogastrique qui dès lors lève tous les doutes.

M. Heurtaux, de Nantes, a décrit en 1877 une variété de phlegmons qu'il a distinguée du phlegmon prévésical. Le phlegmon sous-ombilical de Heurtaux apparaît en général dans le cours d'une maladie antérieure, immédiatement au-dessous de l'ombilic, et prend une forme mi-elliptique dont la base est en haut, et la convexité tournée vers le pubis. Le siège primitif permettra assez facilement de distinguer cet abcès de celui qui nous occupe. De plus on se souviendra qu'ici la convexité de la tumeur est tournée vers le pubis, tandis que dans le phlegmon prévésical elle regarde l'ombilic. Dans les cas de phlegmon prévésical avancé, propagé jusqu'à l'ombilic c'est encore le mode de début qu'il faut rechercher; et on doit se souvenir en tous cas que le phlegmon de Heurtaux ne se perd jamais aussi complètement derrière le pubis.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs de la vessie que nous avons indiqué en parlant de la rétention d'urine. Rappelons seulement qu'il

est tout-à-fait exceptionnel que ces tumeurs, quelles qu'elles soient, puissent être senties par le palper hypogastrique.

Quant aux tumeurs qui ont pour siège la région pré-vésicale elle-même elles sont excessivement rares et peuvent être soit liquides : kystes séreux, kystes hydatiques, soit solides : exostoses, fibrômes de la paroi, etc. L'examen local pourra les faire reconnaître plus arrondies, plus régulières ; mais les renseignements les plus utiles seront tirés de l'état général nullement influencé comme dans l'hypothèse d'un abcès. Une ponction exploratrice permettrait de compléter le diagnostic.

Un abcès qui siègerait dans les parois même de l'abdomen, dans la gaine des muscles droits, serait reconnu à l'influence qu'aurait sur lui la contraction de ces muscles ; l'abcès devenant dur et immobile quand les droits se contractent, plus fuyant et plus difficile à apprécier quand ils se relâchent.

A-t-on reconnu enfin qu'il s'agit bien d'un phlegmon prévésical, il sera utile de pousser plus loin le diagnostic, et de chercher si l'origine en est bien dans les voies urinaires. Rappelons que dans la majorité des cas, en effet, l'inflammation prévésicale reconnaît une autre source. Ce diagnostic n'est pas dépourvu d'importance, si l'on songe que les abcès dits idiopathiques d'origine intestinale ou autre ont plus de tendances à évoluer vers la résolution que ceux d'origine urinaire. Il en résulte, en outre, une indication capitale pour le traitement qui, s'il faut absolument recourir à l'opération sera forcément plus simple si l'on n'a à s'occuper que de son incision que s'il est nécessaire de guérir en plus des voies urinaires infectées.

PRONOSTIC

Après tout ce que nous avons dit de la terminaison des abcès péri-vésicaux, le pronostic est maintenant facile à établir. Il est toujours sérieux; si la résolution a pu être obtenue dans quelques cas il ne faudrait pas trop tabler sur ces quelques observations pour espérer qu'il en sera souvent de même.

Cependant, tant que la suppuration ne sera pas établie, on pourra encore espérer voir l'inflammation retrocéder, mais dès que la suppuration a commencé à se faire, si une intervention hâtive n'en arrête les progrès, on aurait tout à craindre pour la vie du malade. Même dans les cas relativement heureux, où le pus vient faire saillie à la paroi abdominale, et s'évacuer par cette voie, à quels dangers ne serait pas exposé le malheureux condamné à fournir les dépenses d'une longue suppuration. Et ces cas sont les plus bénins. Que dire alors des faits où le pus se fait jour par l'intestin ou la vessie. Mais heureusement ces vues sont entièrement théoriques aujourd'hui, car il n'est plus permis d'observer de telles terminaisons quand on peut si facilement les empêcher.

TRAITEMENT

Dans les cas les plus bénins, quand rien ne menace, quand on peut espérer encore que la suppuration ne se fera pas, il faut aider la résolution possible par les moyens médicaux appropriés ; la glace sur le ventre, l'opium intus et extra pourront rendre des services.

Mais si ces moyens palliatifs peuvent être employés, il serait tout à fait imprudent de s'y attarder, et dès que la suppuration paraît ne plus pouvoir être évitée il faut recourir aux moyens chirurgicaux.

Quelques-uns ont conseillé la ponction, c'est un moyen tout à fait insuffisant qu'il n'est permis d'employer que pour assurer un diagnostic, et avec la ferme intention de recourir immédiatement à l'instrument tranchant aussitôt qu'on saura à quoi s'en tenir.

L'incision large, voilà le seul traitement rationnel et qui puisse donner un résultat vraiment bon, et si l'incision première ne donne pas un jour suffisant, s'il reste quelque cul-de-sac inaccessible, une contre-ouverture sera de rigueur. Chez l'homme l'incision devrait toujours ouvrir la partie la plus déclive, malheureusement il n'est pas facile de pénétrer derrière le pubis ; l'incision de choix

devra tout au moins affleurer son bord supérieur, et si on a dû faire une incision de nécessité, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une contre ouverture au point d'élection.

L'incision devra de plus être précoce. Il serait tout à fait d'une mauvaise pratique d'attendre que la fluctuation soit perceptible pour opérer. On pourra assurer son diagnostic par une ponction exploratrice s'il est nécessaire, mais règle générale et absolue dès qu'on ne peut plus raisonnablement espérer la résolution il faut se hâter.

Ouverture et contre-ouverture pratiquées on évacue le pus par de grands lavages, on met de gros drains qui permettent de laver le foyer les jours suivants, et on fait des pansements soigneux et fréquents.

Mais il ne suffit pas de traiter l'abcès, il faut aussi soigner la cause, dilater un rétrécissement, aseptiser une vessie infectée, et au besoin mettre une sonde à demeure.

CONCLUSIONS

1° Les abcès d'origine urinaire connaissent la même pathogénie, sont bactériologiquement identiques à toutes les infections urinaires. Le coli-bacille principalement seul ou associé à quelques microcoques, quelquefois ces microcoques seuls sont coupables de l'infection.

2° Les inflammations périvésicales d'origine urinaire sont commandées par des lésions préexistantes dans l'appareil urinaire : les retrécissements pour l'urètre, la cystite chronique pour la vessie, les abcès de la prostate.

En somme presque toujours au début la *blennorrhagie*.

3° La symptomatologie permet de les distinguer en aigus et chroniques, ces derniers sont les plus fréquents.

4° La terminaison peut se faire par résolution ; bien plus souvent par la suppuration. Pus abondant et fétide se faisant jour soit vers la paroi abdominale, soit vers le péritoine et l'intestin, quelquefois vers la vessie.

5° Le diagnostic doit se faire surtout avec la rétention d'urine, avec certaines péritonites, avec quelques tumeurs prévésicales, et aussi avec les abcès d'origine autre que l'origine urinaire.

6° Le pronostic toujours réservé est souvent très grave.

7° Il n'y a qu'un seul traitement, l'incision large et précoce.

OBSERVATION IV (inédite).

Communiquée par M. Legueu.

B... , Lucien, âgé de 48 ans, imprimeur, entre le 9 mai 1887 à l'hôpital Cochin, salle Bichat.

N'a jamais joui d'une santé parfaite, enfant, il était maladif et chétif.

A 17 ans, fièvre typhoïde dont il ne se remet que lentement, six mois après le début.

Plusieurs blennorrhagies, la dernière contractée il y a huit ans, c'est-à-dire à l'âge de 40 ans, ne s'est pas bien guérie, elle a déterminé un rétrécissement, car le malade urinait difficilement par un filet très mince ; il pissait sur ses bottes.

En 1883, il entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales avec vomissements bilieux. On le sondait déjà et on lui donnait de la glace.

En 1884 et 1886, il est entré de nouveau à l'hôpital pour les mêmes phénomènes.

Il entre à Cochin en mai 1887.

Examen le 25 mai. Son état n'a pas changé depuis son entrée à l'hôpital. La maladie a commencé par un violent mal de tête ; les hémorroïdes qu'il portait depuis longtemps se mirent à saigner, et il perdit ainsi beaucoup de sang.

La langue est couverte d'un enduit blanchâtre peu épais, la bouche est mauvaise, l'appétit perdu.

Douleurs abdominales spontanées continuelles et violentes ; le creux épigastrique n'est pas douloureux à la pression, l'estomac n'est pas dilaté ; le ventre est un peu gros, mais c'est l'état habi-

tuel chez ce malade présentant un certain embonpoint ; ni vomissements, ni nausées.

La région hypogastrique et les fosses iliaques sont douloureuses à la pression.

A l'hypogastre, on sent sur la ligne médiane une tumeur dépassant le pubis et s'étendant à quatre ou cinq centimètres de chaque côté, tumeur dure et douloureuse à la pression.

Les selles sont irrégulières et diarrhéiques. Au commencement de sa maladie il avait des envies fréquentes d'aller à la selle.

Pour ce qui est de l'appareil génito-urinaire, on sent qu'il a eu un rétrécissement et probablement aussi une cystite qui a déterminé sans doute les accidents qui l'ont fait entrer à l'hôpital.

Il y a quinze jours, quand il a commencé à souffrir dans le bas-ventre, il a eu des envies fréquentes d'uriner suivies d'émissions peu abondantes. Aujourd'hui, ses envies sont devenues moins fréquentes, et il vide à peu près complètement sa vessie ; on le sonde immédiatement après qu'il a uriné et on n'obtient que quelques gouttes, environ 20 grammes d'urine.

Ces urines ont une odeur ammoniacale, elles ne sont pas sanguinolentes, elles laissent déposer un sédiment abondant, blanchâtre, que l'examen microscopique montre formé par d'innombrables globules de pus, quelques cellules épithéliales, et quelques globules rouges. Il n'y a pas d'albumine.

La prostate n'est ni volumineuse, ni douloureuse, le bas-fond de la vessie n'est pas douloureux, et on ne sent pas de tumeur.

Le cœur et les poumons sont sains.

La température oscille entre 37° et 38° et quelques dixièmes.

Le faciès est abattu ; teint pâle, jaune.

Diagnostic. — Nous sommes donc en présence d'une cystite accompagnée soit d'un phlegmon du tissu cellulaire qui entoure la vessie, phlegmon dû à une infiltration d'urine par la por-

tion membraneuse de l'urèthre, soit d'un néoplasme des parois.

Le canal de l'urèthre étant rétréci en plusieurs points ne permet pas de pratiquer le cathétérisme explorateur avec une sonde métallique et laisse le diagnostic en suspens.

Traitement antifebrine 0,60. Lavages boriqués.

Le 4 juin la fièvre s'élève à 40°.

On a voulu chercher dans l'état des poumons la raison de cette élévation de température ; et M. Fournier, en raison de quelques râles sibilants et ronflants des sommets, en raison d'un souffle doux au niveau de la quatrième vertèbre dorsale attribué à la compression des bronches, porte le diagnostic d'induration tuberculeuse des deux sommets, malgré l'absence de signes rationnels.

D'un autre côté on trouve la douleur abdominale plus marquée. La tumeur qu'on sentait à l'hypogastre a fait de notables progrès elle est maintenant visible, elle est arrondie, dure et douloureuse et s'étend sur la ligne médiane jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur les côtés jusqu'à deux travers de doigt des épines iliaques antéro-inférieures.

Nous pensons donc être en présence d'une affection inflammatoire du tissu cellulaire périvésical.

La ponction exploratrice avec l'appareil Potain retire 30 à 40 grammes d'un pus louable, bien lié, sans mauvaise odeur.

Opération le 5 juin. Le malade a éprouvé un soulagement notable qui lui a permis de dormir un peu ce qu'il n'avait pu faire depuis plusieurs jours.

Après avoir fait raser le bas-ventre, les bourses et le périnée, et s'être entouré de toutes les précautions antiseptiques, M. Legueu procède à l'ouverture de l'abcès sans endormir le malade, après une simple injection sous-cutanée de cocaïne. Incision sur la ligne médiane au-dessus de la symphyse d'envi-

ron 5 centimètres; incision méthodique du tissu cellulaire; un trocart est alors enfoncé dans la cavité de Retzius pour guider le scalpel, et l'incision faite jusqu'à la profondeur indiquée donne issue à une notable quantité de pus franc, bien lié, sans odeur fétide. On trouve un décollement en haut, à gauche et à droite; du côté de la symphise il y a du tissu induré, sans décollement. On passe deux drains et on lave la cavité, le pus sort en quantité par les tubes, pansement iodoformé et double spica.

Le pus sorti peut être évalué à 200 grammes au minimum.

Trois jours après, le pansement est renouvelé, les pièces sont à peine souillées; lavages phéniqués, la fièvre est tombée complètement.

Le 14 juin. — M. Legueu défait le pansement à peine souillé, enlève les drains et refait un pansement iodoformé. Pas de fièvre, le malade ne souffre plus, la prostration disparaît, l'appétit renaît.

Le 22 juin. — La plaie est à peu près cicatrisée; on sent encore un peu d'induration au-dessus de la symphise et sur les côtés de la ligne médiane. Nouveau pansement.

Le 28 juin. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION V (inédite).

Communiquée par M. Legueu.

G... G., 34 ans, entré à la clinique de Necker, salle Velpeau, n. 24, le 25 mai 1894.

Il souffre depuis quelques semaines dans le bas-ventre; il y éprouve des douleurs vagues, qui depuis deux jours surtout le préoccupent, il a constaté lui-même la présence d'une induration en plaque, dont la palpation le fait souffrir.

Ancienne blennorrhagie, il présente depuis longtemps déjà des troubles urinaires : depuis six mois surtout, il urine difficilement, il est obligé de faire des efforts : le jet est très petit, tout déformé ; cependant il n'a jamais eu de rétention complète.

Les urines sont claires : le canal présente dans la traversée péniennne de nombreux anneaux, qu'une boule numéro 14 parvient cependant à franchir, mais elle s'arrête à la partie la plus profonde du périnée. Là, se trouve un rétrécissement plus serré, qu'on ne peut franchir qu'avec une bougie filiforme numéro 6. On trouve à l'hypogastre une tuméfaction qui dessine les limites d'une vessie distendue : par ailleurs il n'y a pas de fièvre, l'état général est assez bon ; l'appétit est cependant diminué depuis quelques jours et la langue est sèche. On conseille au malade d'entrer à l'hôpital, et on lui laisse, comme on fait toujours en pareil cas, la bougie à demeure.

Il la garda deux jours : à ce moment, l'interne du service, M. Bauzet, remarqua que malgré le séjour de la bougie à demeure, la vessie ne s'était pas vidée, et que la même tuméfaction qu'à l'entrée persistait à l'hypogastre. Il remarquait en outre que cette tuméfaction était plutôt un empâtement qu'une sorte de plastron inflammatoire que le globe régulier en est formé par une vessie distendue, et il me pria d'examiner ce malade.

Il existait en effet au dessus du pubis une tuméfaction profonde sous-musculaire, dont rien à l'extérieur ne pouvait indiquer la présence. La peau n'était ni soulevée, ni changée dans sa coloration : mais on sentait au-dessous de la paroi comme un gâteau formé d'infiltration et d'inflammation, qui en bas se perdait au-dessous et en arrière du pubis, à droite et à gauche dépassait de deux ou trois travers de doigt le rebord externe des muscles droits et en haut se terminait par une ligne convexe en haut à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Il n'y avait pas trace de fluctuation mais la pression surtout en bas était douloureuse

et le malade ressentait à ce niveau de temps en temps quelques élancements. Il y avait eu un peu de fièvre la veille 38°,6 : la langue était sèche, le malade ne se trouvait pas bien, il dormait mal. Je ne pensai pas que la vessie seule pût expliquer le développement de la tuméfaction, d'autant plus que par le toucher rectal on ne la sentait pas distendue, et qu'aucune transmission ne se faisait de l'hypogastre vers la profondeur. Je portai donc le diagnostic de péricystite antérieure en voie de suppuration.

Mais la cause de ce phlegmon ne pouvait être recherchée que dans le milieu de la vessie : bien que celle-ci ne me parut pas distendue, je ne pouvais pas affirmer qu'il ne restait pas après chaque miction quelques grammes d'une urine septique, et comme le canal ne pouvait avec ses rétrécissements laisser passer une sonde suffisante je conclus à la nécessité de pratiquer l'uréthrotomie interne. Celle-ci, je ne pus la faire que le lendemain : la vessie contenait cent grammes d'urine, elle fut lavée à la solution argentine au millième, et la sonde n° 17 fut laissée à demeure.

Les jours suivants, loin de disparaître, la température présentait chaque soir les oscillations de la fièvre rémittente continue : l'état général se maintenait mauvais, mais au point de vue local, les douleurs devenaient moins diffuses et moins intenses, elles se localisaient en un point précis à quelques centimètres au-dessus du pubis, et il y avait là de temps à autre quelques élancements douloureux. La tuméfaction n'avait ni diminué, ni augmenté : la peau ne présentait aucun changement de coloration ; on ne trouvait aucune trace de fluctuation, c'était partout une induration égale, et pas plus dans le sens transversal que dans le sens vertical on ne pouvait sentir une transmission d'une main à l'autre.

Je conclus cependant à l'existence d'une collection suppurée prévésicale à la nécessité d'une intervention immédiate, et

M. Guyon qui vit le malade à ce moment confirma mes prévisions et me pria de l'opérer.

Une incision hypogastrique de six centimètres, dont l'extrémité inférieure atteignait presque la symphyse du pubis me conduisit à travers des tissus indurés et infiltrés, où il n'était plus possible de reconnaître les couches musculaires ou aponévrotiques à la loge prévésicale. Dès que fut ouvert le feuillet postérieur de la racine des droits, ou le tissu qui la remplaçait, quelques gouttes de pus s'échappèrent qui furent aussitôt recueillies dans des pipettes stérilisées. Le doigt introduit dans l'ouverture agrandie trouvait une toute petite cavité siégeant en arrière du muscle droit et à droite : mais sur la paroi postéro-inférieure de cette petite cavité, une perforation dans laquelle l'index eut d'abord peine à s'engager conduisait dans une énorme cavité d'où une quantité de pus crémeux égale environ deux à trois cents grammes, s'échappa après le retrait du doigt. Il y avait donc un abcès en bouton de chemise, et qui développé d'abord très profondément était en voie de progression vers la peau. La cavité était développée au-dessus et en arrière de la vessie ; quand on injectait celle-ci à l'eau boriquée, le doigt la sentait bomber au-dessous et en bas de la cavité ; elle formait en réalité la paroi inférieure de la poche. Après lavage antiseptique, un drainage avec de gros tubes fut établi, et le pansement terminé.

Le lendemain, la température avait baissé ; le malade se trouvait beaucoup soulagé.

OBSERVATION VI

Phlegmon prévésical. Cystite chronique.

(M. Petrequin. In thèse Bouilly, 1880).

Vieillard de 63 ans, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre qu'on ne peut franchir. L'hypogastre est développé, la palpation y fait sentir une tumeur dure ; la percussion y dénotait de la matité jusqu'à 8 centimètres environ de l'ombilic dont la distance au pubis était ici d'environ 16 centimètres.

Néanmoins la vessie ne se dessinait pas à travers les parois abdominales et ne formait pas au-dessus de la symphise cette saillie et ce relief qui caractérisent les distensions morbides du réservoir urinaire.

Par le toucher rectal, prostate médiocrement tuméfiée : en arrière, la vessie dure à son bas-fond paraissait peu sensible au doigt explorateur et ne formait pas cette saillie bombée, cette espèce de cystocèle rectale qui accompagne d'ordinaire les rétentions d'urine.

Mort rapide.

Autopsie. — La région hypogastrique fut disséquée avec précaution ; le péritoine descendait à 1 centimètre du pubis.

Le tissu cellulaire était fortement engorgé et épaissi au point qu'au niveau du pubis il avait une épaisseur de près de 3 centimètres, et à un pouce et demi au-dessus du pubis, son épaisseur était encore de 22 millimètres. Toutes ces parties étaient évidemment enflammées.

Péritonite de la portion réfléchie du péritoine.

L'induration avec épaississement du tissu cellulaire formait

une couche épaisse qui s'élevait jusqu'à près de 3 pouces au-dessus du pubis. Sur le cadavre on y trouvait de la matité.

Vessie petite, rétrécie, atteinte de cystite chronique.

OBSERVATION VII

Péricystite purulente chez un vieillard atteint d'hypertrophie et d'abcès de la prostate.

Gaz. des hôpitaux, 1864, in thèse Bouilly, 1880.

Malade de 66 ans. Incontinence d'urine et des matières fécales. Douleurs à l'hypogastre et dans la région lombaire; ces douleurs vont en augmentant jusqu'à la mort.

Autopsie. — Vessie du volume du poing. Le péritoine qui la recouvre est plissé; le tissu cellulaire est épaissi, induré par places et renferme une dizaine de poches remplies de pus bien lié qui le séparent de la vessie près du col vésical à la partie antérieure. Cellule du volume d'une grosse noisette à la surface interne communiquant avec la cavité vésicale.

Prostate bilobée, du volume d'une noix renfermant du pus.

OBSERVATION VIII

Civiale. In thèse de Bouilly.

Homme de 40 ans. Rétrécissement de l'urèthre. Traitement mal supporté par les sondes à demeure.

Douleur à la région hypogastrique avec tuméfaction progressive. La tumeur acquiert le volume du poing. En même temps,

l'état général s'améliore ; le malade ne porte plus de sonde, il urine assez facilement.

Par le cathétérisme on s'assure qu'après l'évacuation de la vessie, la tumeur ne diminue pas ; qu'elle ne proémine pas à l'intérieur de l'organe, mais que celui-ci présente une dureté insolite vers son sommet. En conséquence, incision de la tumeur à l'extérieur. Il en sort une énorme quantité de pus très liquide. Le ventre s'affaisse et le malade est très soulagé.

Le surlendemain on introduit dans la cavité de l'abcès un stylet boutonné qui parvient jusqu'au sacrum et peut être promené sur une large surface du sommet de la vessie. Ainsi l'abcès occupe la plus grande partie du détroit supérieur du bassin.

Guérison après plusieurs semaines de suppuration.

OBSERVATION IX

Duplay, 1877.

Le malade, âgé de 65 ans, entre à l'hôpital le 15 mars 1877, pour rétention d'urine. Malgré l'évacuation de la vessie par le cathétérisme, la région hypogastrique reste tendue et douloureuse.

17 mars. — Le gonflement occupe toute la région sous-ombilicale et s'étend aux fosses iliaques. Douleur vive à la pression.

Etat général grave. Température 39°.

Le malade répète qu'il n'a reçu aucun coup sur l'abdomen qu'il avait seulement bu plus que de coutume, sans être ivre néanmoins.

Les jours suivants, aggravation de l'état du malade. Dans les parties qui sont le siège du gonflement, au lieu de la matité primitive on constate un bruit hydroaérique.

Mort le 24 mars.

Autopsie. — La paroi abdominale est divisée par deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale.

On pénètre alors dans une vaste cavité occupant toute la région hypogastrique, contenant des gaz infects et une petite quantité d'un liquide brunâtre, foncé. Cette cavité est limitée en avant par les muscles abdominaux en partie détruits à un putrilage noir gangréneux.

En arrière et en haut par une membrane épaisse, de couleur brunâtre, grisâtre par places, recouverte d'un pus épais et adhérent, présentant une surface inégale, ramollie. Cette membrane qui isole complètement la collection purulente des intestins et de la cavité péritonéale absolument saine, paraît être constituée par le péritoine.

Le fond correspond à la vessie, et en insufflant celle-ci par l'urèthre, on s'assure immédiatement de l'existence d'une perforation établissant une communication entre la cavité anormale et la vessie.

La collection purulente présente en outre des prolongements considérables le long des parois postérieure et latérale de l'abdomen. En arrière et à gauche le péritoine est décollé depuis la fosse iliaque jusqu'au diaphragme, et depuis la colonne vertébrale jusqu'au flanc gauche.

La collection purulente a fusé sous le rein gauche dont la face antérieure est saine. Au niveau des ouvertures costales du diaphragme, le muscle présente en plusieurs points la même altération gangréneuse que les muscles droits.

Du côté droit même décollement passant au-dessous du cœcum, du rein droit et arrivant jusqu'au voisinage du diaphragme sans l'atteindre.

Dans la plèvre droite, épanchement brunâtre. Plèvre droite saine. Pas de lésion dans l'urèthre. Prostate volumineuse. Dans la vessie lésions habituelles de la cystite chronique.

En haut et à droite de la vessie, perforation large comme une pièce de 50 centimes, régulièrement arrondie, à bords amincis, et ulcères du côté de la muqueuse. Cette perforation communiquait avec la cavité de l'abcès.

POIRIER. — Progrès médical, 1883.

QUENU. — In Dictionnaire Dechambre.

RELIQUET. — Phlegmons périvésicaux. Société médecine de
Paris, 9 février 1878. Union médicale, 1878.

SEGOND. — Absès périprostatiques. Th. Paris, 1880.

TESTUT. — Anatomie.

THOMPSON. — Traité des maladies des voies urinaires.

TUFFIER. — Absès prévésicaux par appendicite. Semaine médi-
cale, 1894.

VAUSSY. — Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdomi-
nale. Th. Paris, 1875.

VILLIERS. — Terminaison du phlegmon péri-vésical. Th. Nancy,
1885.

VOILLEMIER et LE DENTU. — Maladies des voies urinaires.

Vu par le Président de la thèse,

GUYON.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

